

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/04/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.012,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO GOMES DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00761

CONTA: 000000020936-8

Nr. da Autenticação BB5A01327DBA2554

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3150312923

Cidade: Macau

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Data do acidente: 20/01/2015

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA NO PÉ DIREITO COM FERIMENTO CORTO CONTUSO AO NÍVEL DE HALUX DIREITO

Descrição do exame médico pericial: DIFICULDADE PARA EXTENSÃO DO HALUX A DIREITA, FERIMENTO NO HALUX ESTA CICATRIZADO E SEM SINAIS INFECCIOSOS, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES DO PÉ DIREITO

Resultados terapêuticos: REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO AO NÍVEL DO HALUX DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM HÁLUX DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 28/04/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Urai de Oliveira

CRM do médico: 4315

UF do CRM do médico: RN

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

PRESTADOR

SAUDESEG Sistemas de Saude Ltda.

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:





ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE MACAU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL ANTONIO FERRAZ

AV. JOÃO VALENTIM DE ALMEIDA S/N - FONE: 3521-1418



0006

DADOS PESSOAIS DO PACIENTE

NOME:	Maurício Gomes da Silva		
ENDEREÇO:	R. João Antônio, 46	IDADE:	28a
DATA DE ATENDIMENTO:	15.11.15	SEXO:	M
NATURALIDADE:	-	RG:	-
CARTÃO SUS:	-	CPF:	-
NOME DO RECEPCIONISTA:	Domine	HORÁRIO ENTRADA:	19:30

TRIAGEM

SINAIS VITAIS:

PA: 90x80	TEMPERATURA:	PESO:
-----------	--------------	-------

QUEIXA PRINCIPAL	Acidente de Moto

HISTÓRIA PREGRESSA

HAS ()	CIRURGIA ()
DM ()	FRATURAS ()
TP ()	EPILEPSIA ()
ITV ()	DSTs ()

HISTÓRICO FAMILIAR

HAS ()	EPILEPSIA ()
DM ()	CA ()
TP ()	TABAGISTA ()

OBSERVAÇÃO CLÍNICA DO ENFERMEIRO

NAM

NOME DO ENFERMEIRO

mbm
SEGURADORA

08 ABR. 2015

DPVAT

CONSULTA MÉDICA
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Estim. de dano

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Paciente recebeu
medicações.

O Ultrassom 79,50
O Rastreamento 100,00

OUTRAS OBSERVAÇÕES MÉDICAS

NOME DO MÉDICO:

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): Marcelo Gomes dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Amaral, S/N
Valadao Macau RN CEP: 59500-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / RN] 002.630.678
Data local do exame: [28/04/2015] Natal [RN]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

ACIDENTE DE MOTO - TRAUMA NO PÉ DIREITO COM FERIMENTO CORTO CONTUSO AO NÍVEL DE HALUX DIREITO.

- a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

- b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

(X) Sim () Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(**))

- II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

SOFREU ACIDENTE E FOI ATENDIDO EM HOSPITAL DE MACAU/RN ONDE FOI REALIZADO SUTURA DE FERIMENTO AO NÍVEL DO HALUX DIREITO.

- III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

(X) Sim () Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DIFICULDADE PARA EXTENSÃO DO HALUX A DIREITA, FERIMENTO NO HALUX ESTA CICATRIZADO E SEM SINAIS INFECCIOSOS, NEUROVASCULAR PRESERVADO DE SEGMENTO ACOMETIDO, SEM ATROFIA DE GRUPOS MUSCULARES DO PÉ DIREITO.

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

- IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

HALUX DIREITO

% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

- V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Uraí de Oliveira
DR. URAÍ DE OLIVEIRA
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-RN 4315



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 002.630.678 DATA DE 13/05/2008
GÊNERO EXPEDIÇÃO

NOME
MARCELO GOMES DOS SANTOS

FILIAÇÃO
FRANCISCO DAS CHAGAS DOS SANTOS
MARIA MARTA DE SOUSA SANTOS

NAT. PAÍS/IDADE DATA DE NASCIMENTO
MOSSORO RN 04/08/1986

COD. CIVIL CERT. DE NASCIMENTO L-A-118 F-222 RG-37803
MOSSORO RN-2 CARTÓRIO

CPT 075.083.084-09
2a. VIA

ASSINATURA DO TITULAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO

FOTO CAR. DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

mbm
SEGURADORA

08 ABR. 2015

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 075.083.084-09

Nome da Pessoa Física: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Situação Cadastral: REGULAR

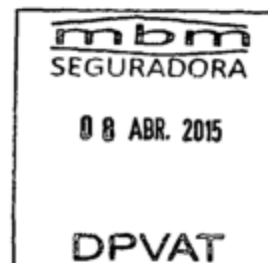
Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **09:28:21** do dia **06/04/2015** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **140A.D3CE.0A30.371F**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.



Rio de Janeiro, 07 de Maio de 2015

Carta nº: 6915018

A/C: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Sinistro: 3150312923
Vítima: MARCELO GOMES DOS SANTOS
Data Acidente: 20/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **MARCELO GOMES DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000000761**

Conta: **000000020936-8**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 =

R\$ 1.012,50

Multa:

R\$ 0,00

Juros:

R\$ 0,00

Total creditado:

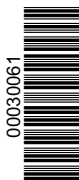
R\$ 1.012,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2015

Carta nº: 6826973

A/C: MARCELO GOMES DOS SANTOS

Sinistro: 3150312923
Vítima: MARCELO GOMES DOS SANTOS
Data Acidente: 20/01/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

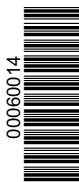
Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Marcelo Gomes dos Santos, portador da carteira de identidade nº 002630678 e inscrito no CPF/MF sob o nº 075.083.084-09, residente e domiciliado na Rua João Amoral nº 40, Valadares, Cidade Maceau, Estado Rio Grande do Norte, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- ☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Marcelo Gomes dos Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Maceau, 05/03/2015

Local e data



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - RN 0257-01/11 Nº 011005337866
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 000.713.443-03

000.713.443-03

PLANTAS: 11/11/11 11/11/11 11/11/11

ESPÉCIE: 000.713.443-03

VEICULO: 000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

RN Nº 011005337866 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE NO VERDE
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR
SÃO DPVAT 0800 022 1814

EXERCÍCIO: 2011 DATA EMISSÃO: 23/05/2014

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

000.713.443-03

SEGURADORA LÍDER - DPVAT


000.713.443-03

WWW.DPVATSEGURODOBRASIL.COM.BR

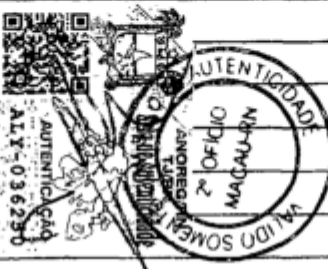
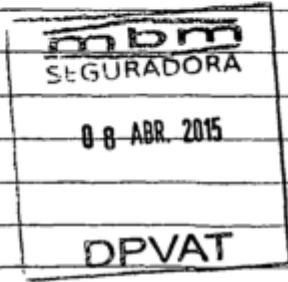
mbm
SEGURADORA

08 ABR. 2015

DPVAT

		POLÍCIA MILITAR DO RIO GRANDE DO NORTE				(11) OPF	
RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA							
I - DADOS REFERENTES A OCORRÊNCIA							
Nº RO: 022	2 DATA: 20/01/15	3 VTR	4 PB	5 CODIGO		6 HORA TRANS.	7 HORA L
5 DESCRICAO: ACIDENTE DE TRANSITO				8 HORA TERMINO: 19:30		9 HORA VENCIMENTO: 19:30	
ENDERECO: RUA: JOAO AMARAL Nº 40				9 BAIRRO: VILA ADRIANA			

II - DADOS REFERENTES AS PESSOAS ENVOLVIDAS NA OCORRÊNCIA							
(16) ENVOLVIDO 1	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME: MARCELO GOMES DOS SANTOS	11 SEXO: M	12 IDADE: 3	13 ESTADO CIVIL: C		
	<input checked="" type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE: MOSORO-RN	IDENTIDADE: 002.630.678	15 O. EXPEDIDOR: SEP	16 PROFISSAO: GATSECH		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDERECO: RUA: JOAO AMARAL Nº 40					
	<input type="checkbox"/>	PAI: FRANCISCO DOS CARLOS DOS SANTOS	MÃE: MARIA MARTA DE SOUSA SANTOS				
(17) ENVOLVIDO 2	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME:	18 SEXO: M	19 IDADE:	20 ESTADO CIVIL: C		
	<input type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE:	IDENTIDADE:	22 O. EXPEDIDOR:	23 PROFISSAO:		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDERECO:					
	<input type="checkbox"/>	PAI:	MÃE:				
(24) ENVOLVIDO 3	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME:	25 SEXO: M	26 IDADE:	27 ESTADO CIVIL: C		
	<input type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE:	IDENTIDADE:	29 O. EXPEDIDOR:	30 PROFISSAO:		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDERECO:					
	<input type="checkbox"/>	PAI:	MÃE:				
(31) ENVOLVIDO 4	<input type="checkbox"/> ACUSADO	NOME:	32 SEXO: M	33 IDADE:	34 ESTADO CIVIL: C		
	<input type="checkbox"/> VÍTIMA	35 NATURALIDADE:	IDENTIDADE:	36 O. EXPEDIDOR:	37 PROFISSAO:		
	<input type="checkbox"/> TESTEMUNHA	ENDERECO:					
	<input type="checkbox"/>	PAI:	MÃE:				

III - HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA	
<p>A VÍTIMA RELATA QUE VINHA DO TRABALHO, QUE, JÁ PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA O AUTO FOI ATINGIDO DE FRENTE POR OUTRA VEÍCULO QUE SAIA EM ALTA VELOCIDADE DE UM TUNEL QUE FICA PRÓXIMO A SUA RESIDÊNCIA. A AUTO ATINGIU A VÍTIMA EM CHEIO, QUE, O MESMO FOI TOCADO ENLACE DE SUAS ORELHAS, SENDO UMA PERFURADA NO PÉ.</p>	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>	
Nº POLÍCIA	ASSINATURA

IV - DESCRIÇÃO DE RECIBO DOS MATERIAIS CUSTODIADOS / RECOLHIDOS			
<p>RECEBI AS PESSOAS CONCUZIDAS E MATERIAIS CUSTODIANOS NESTE RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA</p> <p>DATA: 20-01-15 MATRÍCULA: 122.112 E 2 CARGO: SP PM</p> <p>NOME: ELIEL DASILVA REITAS ASSINATURA: ELIEL DASILVA REITAS</p>			

ORIGINAL DE NOTAS
WHICH ARE NOT
VALID IN
THESE STATES: FORM-100
SUBSTANTIAL
OCCASION IN 1900 / 1910

CERTIFICADO QUE A PRESENTE CÓPIA É
A REPRODUÇÃO FIEL DO ORIGINAL
DOU PE

06 MAR. 2015

MESSE / RM

← DOP →

S. TOMAS. J. SUBSTITUTO
VÁLIDO COMO SELO DE AUTENTICIDADE